

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

HOGAR ISABEL



GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA LAS ADOLESCENTES EN  
ESTADO DE GESTACIÓN DEL HOGAR ISABEL DEL MUNICIPIO DEL  
CARMEN DE VIBORAL – 2020

JESSICA MANUELA ESTRADA CASTRO

KAREN TATIANA GUZMAN MALDONADO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ENFERMERÍA

RIONEGRO - ANTIOQUIA

2020

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

HOGAR ISABEL



GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA LAS ADOLESCENTES EN  
ESTADO DE GESTACIÓN DEL HOGAR ISABEL DEL MUNICIPIO DEL CARMEN  
DE VIBORAL – 2020

JESSICA MANUELA ESTRADA CASTRO

KAREN TATIANA GUZMAN MALDONADO

Trabajo de grado para optar al título de Enfermera

ASESOR: JORGE ANDRÉS CAMARGO HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ENFERMERÍA

RIONEGRO

2020

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

HOGAR ISABEL



Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Rionegro: 6 de julio de 2020



## Tabla de contenido

1	Introducción .....	7
2	Descripción de la guía.....	8
3	Objetivos, justificación y alcance.....	9
3.1	<i>Objetivo</i> .....	9
3.2	<i>Objetivos específicos</i> .....	9
3.3	<i>Justificación</i> .....	9
3.4	<i>Alcance</i> .....	11
4	Metodología.....	11
5	Antecedentes y epidemiología .....	12
5.1	<i>Antecedentes</i> .....	12
5.2	<i>Epidemiología</i> .....	16
6	Responsables.....	19
7	Población Objeto.....	20
8	Desarrollo de la Guía .....	20
8.1	<i>Definiciones</i> .....	20
9	Atenciones incluidas en el protocolo.....	21
10	ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL.....	22
10.1	Objetivos de la atención .....	23
10.2	Talento Humano.....	24
10.3	Duración mínima recomendada de la consulta .....	24
10.4	Atenciones incluidas.....	25
10.5	Frecuencia de las consultas.....	25
10.6	DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN .....	26
10.7	Primera consulta prenatal .....	26
10.8	Anamnesis .....	26
10.9	Examen físico .....	29
10.10	Solicitud de exámenes de laboratorio (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018) 30	
10.11	Plan de cuidado .....	31



11	CONTROL PRENATAL DE SEGUIMIENTO .....	34
11.1	Valoración integral del estado de salud de la mujer en estado de gestación .....	34
11.2	Examen físico .....	34
11.3	Solicitud de exámenes de laboratorio (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018) 35	
11.4	Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018).....	37
11.5	Información en salud .....	38
11.6	Plan del parto.....	39
12	CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD .....	39
12.1	Objetivos de la atención .....	40
12.2	Talento humano en salud requerido.....	40
12.3	Frecuencia y duración.....	41
12.4	Indicaciones para la realización del curso.....	41
13	ATENCIÓN EN EL PUERPERIO.....	46
13.1	Objetivos de la atención .....	46
13.2	Talento Humano.....	46
13.3	ATENCIONES INCLUIDAS.....	47
13.3.1	Puerperio inmediato.....	47
13.3.2	Puerperio mediato.....	48
13.4	Descripción .....	48
	Signos de alarma para consulta en el puerperio .....	51
14	ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN .....	54
14.1	Objetivos de la atención .....	54
14.2	Talento Humano.....	54
14.3	Duración.....	54
14.4	Descripción de la atención.....	55
14.5	Atenciones incluidas.....	55
14.5.1	Anamnesis .....	55
14.5.2	Valoración de estado nutricional .....	55



14.5.3	Análisis y plan de cuidados .....	55
	Recomendaciones.....	57
15	ATENCIÓN EN SALUD BUCAL .....	58
15.1	Objetivos de la atención .....	58
15.2	Talento humano.....	58
15.3	Duración mínima recomendada de la consulta .....	58
15.4	Descripción de la atención.....	58
16	ANEXOS .....	60
	ANEXO 1.....	60
	ANEXO 2.....	62
	ANEXO 3.....	65
	ANEXO 4.....	66
	ANEXO 5.....	68
	ANEXO 6.....	70
	ANEXO 7.....	71
17	Bibliografía .....	76



## 1 Introducción

La gestación es un proceso lleno de cambios tanto físicos y mentales de los cuales la mayoría de las adolescentes gestantes no son conscientes. La mujer emprende desde el primer momento un viaje diferente, ya que por más que se describa este proceso en la literatura, es difícil comprender que pueda sentir la protagonista teniendo en cuenta que todos somos seres únicos y podemos percibir todo de manera diferente.

Cuando la gestante tiene apoyo, cuando el bebé es planeado y por ende deseado y se está rodeado de un ambiente sano el cual cuenta con recursos necesarios, los cambios que la mujer presenta se tornan un poco más “fácil” de llevar, sin embargo en el país, el embarazo adolescente las mujeres embarazadas en estado de vulnerabilidad están en gran cantidad, por lo que lo catalogan como un “problema de salud pública”, ya que una adolescente debe de vivir idealmente esta etapa ocupándose de lograr sus estudios y su proyecto de vida, y en cuanto a mujeres en estado de vulnerabilidad las cuales no cuentan con recursos o no planeaban tener un hijo o hija es importante tener en cuenta que encargarse de un hijo es un mundo diferente el cual conlleva recursos económicos y de tiempo, y al no ser planeado y en algunas ocasiones deseado este bebé se concurre al aborto.

El Hogar Isabel en su misión por ayudar a la comunidad y buscando un mejor bienestar para la misma desea implementar un programa de apoyo a mujeres y adolescentes gestantes en estado de vulnerabilidad y para esto es necesario contar con guías institucionales a las cuales poder acceder para la atención de este grupo poblacional.



El gobierno de Colombia el 2 de agosto del 2018 publicó una resolución, 3280 Rutas Integrales de Atención en Salud en la cual está consignada todas las atenciones para grupos poblacionales en cada una de las etapas de su vida. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018).

En el presente documento con el fin de aportar al apoyo que quiere brindar el Hogar Isabel a este grupo población, se seleccionaron algunas de las atenciones de la resolución 3280: atención para el cuidado prenatal, control prenatal de seguimiento, curso de preparación para la maternidad y paternidad, atención en el puerperio, atención para la promoción de la alimentación y la nutrición, atención en salud bucal, con el fin de que el personal del Hogar Isabel puedan brindar una atención integral, buscando que no sea solo un apoyo momentáneo sino también un apoyo durante todo el transcurso de esta etapa con el fin de evitar el aborto, abandono infantil, muertes maternas y fortaleciendo el vínculo madre e hijo y respectivamente con su familia de manera que no se sientan solas no solo en los 9 meses de embarazo sino también durante el puerperio.

## **2 Descripción de la guía**

El protocolo se basa en las Rutas Integrales de Atención en Salud 2018 (RIAS), Resolución 3280 del 2 de agosto del 2018. El equipo del Hogar Isabel con el fin de poder brindar atención a las gestantes necesita saber cuáles son las atenciones a las cuales ellas tienen derecho, este es el motivo por el cual el protocolo es un instrumento fundamental para poder prestarles un servicio integral. Esta guía es una referencia puntual para poder apoyar a este grupo poblacional desde la ley colombiana con el fin de educar para la salud en





promoción y prevención a mujeres en estado de gestación que tal vez por falta de conocimiento no acceden a programas como los son control prenatal y puede correr riesgo su vida y la de sus hijos.

### **3 Objetivos, justificación y alcance**

#### **3.1 Objetivo**

Elaborar la guía de atención integral en salud para adolescentes gestantes del hogar Isabel del municipio del Carmen de Viboral-Antioquía en el año 2020.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ✓ Describir los lineamientos de atención para el cuidado y seguimiento de las adolescentes gestantes, abordando temas de interés como: curso de preparación para la maternidad y paternidad, atención para el cuidado prenatal y cuidados en el puerperio, atención para la salud bucal y la nutrición.
  
- ✓ Brindar un documento base con el fin de fortalecer acciones de autocuidado en la adolescente gestante acerca de los diferentes temas que incluyen las RIAS-MP para la atención integral de las mujeres en estado de embarazo.

#### **3.3 Justificación**

El embarazo en adolescentes, es una situación de interés social, que cada vez se presenta con más fuerza, y con un agravante que en muchos casos estas concepciones son no deseadas o no planeadas. La mayoría de los casos la joven embarazada no cuenta con un apoyo familiar integral, además de que pueden hacer parte del grupo de personas de escasos recursos económicos y eso las ubica dentro del extenso grupo de población vulnerable del



país. Es por esto que algunas de estas mujeres acuden a una interrupción de sus gestaciones sin medir las consecuencias que este procedimiento trae consigo.

Por tal motivo es necesaria la instauración de la guía de atención a la mujer gestante como una red de apoyo en la fundación Isabel, un centro de acogida a estas mujeres, por parte de personal capacitado y con calidad humana.

De acuerdo a la problemática nace la necesidad de estandarización en la atención y el cuidado de estas jóvenes gestantes en estado de vulnerabilidad, un protocolo creado desde profesionales de enfermería en formación, donde se integra de manera holística dicha atención.

Finalmente, la razón por la cual se decide abordar sobre los embarazos adolescentes en el Municipio de El Carmen de Viboral es para realizar una guía de atención a la mujer y mujer adolescente en estado de gestación, es debido a que esto se ha convertido en un problema social, económico y de Salud Pública a nivel municipal y nacional; además de que es un tema de mucho valor, pues ser madre a una edad temprana implica dificultades relacionadas con su economía, relaciones familiares y salud; es importante resaltar que la misión del Hogar Isabel no es solo apoyar durante estos 9 meses de embarazo, sino también el proceso de maternidad hasta por lo menos los dos años de vida. También, es importante mencionar que en pleno siglo XXI, el embarazo adolescente ha sido influenciado por la misma sociedad, ya que el uso de preservativo es mal visto, debido a que se cree que si un joven accede a la educación sexual es incentivarlo a que inicie con la conducta sexual siendo muy jóvenes para hacerlo; es por esto que en el proyecto se desea realizar las



recomendaciones pertinentes a los adolescentes, educadores, padres de familia o la persona a cargo del menor y en la comunidad en general, pues es importante que se realicen prácticas idóneas de prevención del embarazo en adolescentes y promoción de métodos de planificación para disminuir esta problemática social, además de eso, que esta información tenga acceso a los lugares pertinentes.

### **3.4 Alcance**

Este protocolo va dirigido a todas las mujeres, especialmente adolescentes quienes se encuentren en estado de gestación que por alguna razón se encuentren en estado de vulnerabilidad (ya sea por temas económicos, falta de apoyo, maltrato familiar, falta de recursos o de conocimiento). Respecto a personal del hogar, va dirigido a toda persona encargada de prestar algún tipo de atención en el Hogar Isabel, a los colaboradores, personal de alimentación, encargados del hogar, voluntarios y demás personas que por su proceso ya sea educativo, cercanía religiosa o proyecto de vida sepan de esta labor social.

En cuanto a la captación de las gestantes se hará a través de una red de apoyo obtenida por el personal del hogar, las personas que viven aledañosamente a este; se trata de difundir la existencia de este lugar con el fin de que algún conocido, amigo, familiar o incluso la misma gestante desee acceder a los servicios prestados por este.

## **4 Metodología**

Se realizó una revisión de la Resolución 3280 del 2018 con el fin de identificar cuáles temas le competen y puede abarcar el Hogar Isabel según su misión y visión institucional para poder apoyar a estas mujeres en estado de gestación. Se hizo una selección de las



atenciones que apuntan a promover la salud materna y prevenir complicaciones de las mismas durante esta etapa. El propósito es que se pueda tener una herramienta física a la cual acudir cuando el personal encargado de las gestantes tenga alguna duda sobre pasos a seguir dependiendo del estado de gestación, se hace énfasis en quienes son el personal idóneo para que las atienda, cuáles son sus derechos y deberes y qué paso seguir si se presenta algo anormal durante este proceso. También se realizó una búsqueda de guías alternas o de otros lugares para la realización de esta, sin embargo, no pudo obtenerse mayor información, se pueden encontrar muchos antecedentes de estudios sobre la maternidad, vulnerabilidad y lo que a esto puede conllevar, aquellos estudios están anotados en los antecedentes que utilizamos para la sustentación de esta guía.

Es importante resaltar esta guía va acompañada de unas intervenciones educativas sobre temas como Curso de preparación para la Maternidad y Paternidad, Control Prenatal y Atención al Puerperio, Atención en Salud Bucal y Atención para la promoción de la Alimentación y Nutrición tratados en el protocolo dando énfasis sobre educar para la salud e informando y así evitar complicaciones durante esta etapa.

## **5 Antecedentes y epidemiología**

### **5.1 Antecedentes**

#### ***Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado de arte***

Este es un estudio realizado en Chile en el año 2016 nos habla de otros factores que están alrededor de la madre adolescente como lo son las enfermedades que se transmiten en



la sexualidad y la alta demanda de abortos. El VIH/SIDA es una de estas enfermedades la cual si los adolescentes no tienen la información básica de cómo prevenirla se dará un alto contagio entre los mismos, también constituye un alto porcentaje de muertes por falta de educación, tratamiento y adherencia a este.

Cuando la adolescente y su pareja confirman el hecho de un embarazo es muy difícil que no consideren el aborto como salida fácil para solucionar la situación lo que nos lleva a que el número de abortos realizados de manera clandestina sea demasiado alto con una tasa de morbi-mortalidad grandísima; como resultado no tenemos solamente la muerte del feto en caso tal, sino también, la de la madre. (Mendoza Tascón, Claros Benítez, & Peñaranda Ospina, 2016)

### ***Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada***

Este es un estudio realizado en México en el año 2015 en el cual se toman los cambios emocionales, pero también físicos de la madre adolescente y cuales factores influyen en su embarazo y lo acepte, decida cuidarse, no tomar el aborto como una opción y buscar apoyo psicológico para encontrar un equilibrio emocional, algunos de estos son: la menarca temprana, pertenecer a una familia disfuncional, la existencia marcada de violencia familiar y el abandono de escuela y/o bajo nivel educativo.

El entorno social de la madre adolescente (familia, amigos, profesores, sociedad) es lo que constituye el cómo la joven acepte la situación y decida enfrentarla, siendo esto un problema público de la salud que se debe enfrentar, ya que con todos los métodos que existen



para evitar el embarazo a temprana edad, el desconocimiento de los mismos, la presión de los pares y el deseo de encajar en una sociedad hace que las y los adolescentes no tomen una buena decisión sobre salud sexual y reproductiva responsable. (Loredo Abdalá, Campuzano, Muñoz Casas, González Corona, & Gutiérrez Leyva, 2015)

### ***Estrategias para mejorar el nivel de resiliencia en adolescentes embarazadas***

Este estudio fue realizado en Cartagena- Colombia en el año 2017, El tener un embarazo adolescente se convierte en una problemática que incluye una participación psicológica, médica y social que se verá reflejada en cómo podrá afectar el futuro de la madre, es necesario y de gran importancia el tratamiento multidisciplinario, no solo obstétrico. De este modo es fundamental realizar en las gestantes habilidades que impliquen la fortaleza y la resiliencia día a día, además el apoyo que obtenga la madre adolescente esencial para la aceptación de la etapa, el transcurrir de la gestación y el tiempo de puerperio con el fin de que la madre se adapte positivamente a los cambios en su vida y encuentre soluciones junto a su familia, amigos, pareja que le ayuden al cargo de la responsabilidad.

En este estudio se obtuvieron varias categorías sociales que están en el entorno de la madre y le pueda ayudar en el proceso de resiliencia como lo son: la familia como principal fuente de apoyo social es de gran importancia sobre la aceptación de la situación vivida actualmente; el apoyo social, como la aceptación que tiene la comunidad con la adolescente embarazada, que no sea excluida ni maltratada verbal o físicamente; consejería grupal centrada en que las madres reciban consejería, sean escuchadas y comprendidas ayudan a este proceso de adaptación, la espiritualidad en compañía de la consejería es herramienta



fundamental para fortalecer el proceso de la madre y evitar enfermedades como la depresión pre y post- parto. (Monterrosa Castro, Ulloque Camaño, & Arteta Acosta, 2017)

***El cuidado de Enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal***

Un estudio realizado en Cali en el año 2015 tuvo como finalidad dar a conocer la apreciación acerca de la satisfacción de las madres embarazadas con el profesional de enfermería y el cuidado que ellos les brindan, para esto tomaron las ideas del control prenatal que se les realizo en un hospital de segundo nivel de atención. La definición de Control prenatal hace alusión a todas esas consultas importantes y necesarias que se programan a la embarazada, de este modo se supervisa el desarrollo de la gestación, se prepara para el momento del parto y el puerperio, acción que deberá realizarse en todas las gestantes sin exclusión alguna, por otra parte, siempre se optará por educarlas y que su embarazo evolucione de manera exitosa. Se utilizó la fenomenología interpretativa y como técnica de recolección de la información se utilizó el dialogo a profundidad; la entrevista tuvo la participación de siete gestantes controladas como bajo obstétrico quienes nos informan que su asistencia a las citas programadas de control prenatal era de manera regular. A cada mujer se le realizo dos entrevistas las cuales fueron encargadas de transcribir por las investigadoras. Se identificaron dos temas: “el cuidado de enfermería comprometido como generador de sentimientos de aceptación en el control prenatal” y “la gestante protagonista de su cuidado desea una interacción con la enfermera aún más profunda”. Se tuvo claramente concluido que cada una de las participantes se sentían acogidas y apoyadas por el grupo de salud, los



cuales las motivaron con pautas y consejos para en crecimiento como ser humano

En cada control prenatal la base fundamental se llama educación porque es posible fortalecer en cada gestante sentimientos de aceptación e identidad en el rol de la maternidad, despertando un vínculo de amor, respeto y responsabilidad por el desarrollo del nuevo un nuevo bebe. (Hernández Betancur & Truisi Vásquez, 2015)

## 5.2 *Epidemiología*

- El embarazo en edades muy tempranas se considera ahora como un problema de salud pública y especialmente en Colombia se presenta una alta prevalencia. Según algunas encuestas realizadas por el ministerio de salud hasta el año 2005 el embarazo adolescente viene aumentado. Una de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años de edad está en estado de gestación o ya es madre (también es importante tener en cuenta los abortos ilegales que pueden presentarse). (MINSALUD, 2013)
- El embarazo en adolescentes determina mayor morbi-mortalidad para la mujer como para su bebé. Por ejemplo, si hablamos de la madre es mayor el riesgo de sufrir desproporción céfalo pélvica, atonía uterina, hemorragia y daño a órganos reproductivos ya que al ser tan joven su cuerpo no ha terminado de desarrollarse y por ende no está preparado para esta etapa. En Colombia en los años 2005 a 2010 la Razón de Mortalidad Materna Acumulada en gestantes menores de 15 años es de 90.71 muertes por 100.000 nacidos vivos, comparada con la de la población general de 68.38 x 100.000 nv. Los riesgos del recién nacido van desde bajo peso al nacer, hasta bajo rendimiento académico. Se ha llegado a la conclusión de que en familias





cuando ya se presenta embarazo adolescente y es niña se tiende a repetir el patrón.

(MINSALUD, 2013)

- En el año 2010 hubo alrededor de 4.000 embarazos en jóvenes de 14 años, esto corresponde a su vez a una manera de violencia sexual sin importar la edad de su pareja o compañero. (MINSALUD, 2013)
- Al realizar una estimación para el 2010 la población en Colombia estaba alrededor de 45.508.205 habitantes, de estos 19,3% (8.819.848) pertenecen al grupo de 10 a 19 años. El 19.5% de las mujeres entre 15 y 19 años han estado al menos una vez en estado de gestación, por lo que este grupo se ubica con la mayor tasa de fecundidad entre las mujeres en edad fértil en el país. (MINSALUD, 2013)
- Las mujeres jóvenes sin trabajo y con bajo nivel educativo son quienes, por falta de información oportuna acerca de educación sexual y sobre sus derechos son quienes tienen menos control para la prevención de embarazos los cuales se encuentran en un 19.5% para el 2010. (MINSALUD, 2013)
- Se ha planteado que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y podría mantenerse durante los años 2020–2100. En la región, los embarazos en jóvenes menores de 18 años corresponden a una tercera parte, siendo casi un 20%, menores de 15 años. Estas son las edades en las que el embarazo en adolescentes suele ser producto de violencia sexual, ya que las adolescentes están



expuestas y se encuentran altamente vulnerables a ser víctimas de algunos tipos de violencia y riesgos. (Ponce, Córdova, Soto, Ramos, & Rocano, 2017)

- En algunas zonas del país, por ejemplo, en el Cesar, Casanare, Guaviare, Huila y Magdalena. Según el ICBF, se logrado identificar a través de encuentros abiertos con 50.000 jóvenes del país que se encuentran entre los 12 y 18 años, los diferentes grupos de causas por lo que no se logra una reducción importante en el embarazo adolescente. *“Hemos identificado que a nuestros jóvenes no les gusta usar los métodos de planificación, especialmente el condón, lo que pasa a ser factor relevante para fortalecer las campañas de prevención. Igualmente, encontramos que la pareja ha sido el factor que más influye en el inicio temprano de las relaciones sexuales en gran parte de las niñas consultadas”.* (Ramos Rodriguez, 2013)
- Las adolescentes en estado de gestación son un grupo que preocupa en Antioquia. Pese a que la tasa de fecundidad se ha reducido en unos 8,7 puntos, las autoridades determinen que el hecho de que las mujeres cursen por un embarazo adolescente influye en su proyecto de vida y gran determinante para las desigualdades sociales. (El Mundo, 2018)
- Medellín, por ejemplo, pudo registrar en el año 2017 la cifra más baja de embarazo adolescente en los últimos 19 años, es decir, 5.699 adolescentes entre 10 y 19 años estuvieron embarazadas. (El Mundo, 2018)



- El año 2006 el momento más crítico, hubo 8.732 casos. Las zonas más afectadas por dicha situación son Popular, Manrique, Villa Hermosa y San Javier, esto se atribuye a falta de acceso a información o información errónea sobre planificación familiar y determinantes sociales. (El Mundo, 2018)
- En el 2014 en el municipio de Rionegro - Antioquia hubo un incremento en la tasa de fecundidad en jóvenes entre los 10 y los 14 años de 2.0 nacidos por cada 1.000 mujeres y en adolescentes de 15 a 19 años de 53.90 nacimientos por cada 1000 mujeres. Se pudo notar mayor precocidad en el inicio de la conducta sexual, lo que dio como resultado un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado una seria situación problemática de salud pública, por lo tanto, es necesario contar con propuestas contundentes de acompañamiento en educación sexual y en autocuidado. (Alcaldía de Rionegro 2014).

## **6 Responsables**

Toda persona encargada de prestar algún tipo de atención en el Hogar Isabel, a los colaboradores, personal de alimentación, encargados del hogar, voluntarios, encargados de las actividades y demás personas que por su proceso ya sea educativo, cercanía religiosa o proyecto de vida sepan de esta labor social. Ellos también serán responsables de identificar la Empresa Prestadora de Servicios de Salud para poder direccionar de manera clara a donde dirigirse para las atenciones mencionadas en el presente protocolo.



## 7 Población Objeto

Este protocolo va dirigido a todas las mujeres, especialmente adolescentes quienes se encuentren en estado de gestación y que por alguna razón se encuentren en estado de vulnerabilidad (ya sea por temas económicos, falta de apoyo, maltrato familiar, falta de recursos o de conocimiento) o que simplemente deseen obtener más información segura sobre este proceso y se encuentre en el Hogar Isabel.

## 8 Desarrollo de la Guía

### 8.1 Definiciones

**Gestación**, viene del vocablo latino *gestatio*, es el acto y el resultado de gestar. Este verbo (gestar), se refiere a desarrollar algo. Por lo general la idea se vincula a lo que hace una mujer al quedar en embarazo y sostiene su embrión o feto hasta el día en que nace. (Porto., 2018)

**Embarazo**, es una manifestación de cambios físicos y psicológicos por los que atraviesa una mujer, los cuales debe comprender y asimilar desde el momento en el que confirma su embarazo hasta que nace el bebé; es cuando se genera mayor inquietud ya que sus emociones están unidas a cambios hormonales y debe aprender a manejarlos. (Alcolea Flores, 2016)

**Puerperio**, se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento del parto hasta los 35-40 días posteriores a este; es el tiempo que necesita el cuerpo de la



mujer para recuperar progresivamente las características físicas y control de emociones que tenía antes de iniciarse el embarazo. (Sanitas)

**Adolescencia**, periodo de crecimiento y desarrollo humano que conlleva desde la niñez y hasta antes de la adultez, entre los 10 y los 19 años. Dicha etapa se caracteriza por lo que puede llamarse un ritmo acelerado de crecimiento durante la vida del ser humano, esta con lleva cambios importantes en la vida del ser humano. Estos cambios se dividen en físicos y psicológicos y empiezan un proceso de descubrir su personalidad y anhelos. (OMS, 2019)

**Vulnerabilidad**, capacidad que se torna disminuida en una persona para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos. (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies)

**Salud**, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades sino también bienestar mental y emocional. (Organización Mundial de la Salud, 1948)

## 9 Atenciones incluidas en el protocolo

- Atención para el cuidado prenatal
- Control prenatal de seguimiento
- Curso de preparación para la maternidad y paternidad



- Atención en el puerperio
- Atención para la promoción de la alimentación y la nutrición
- Atención en salud bucal

## 10 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

En esta atención se tiene la completa intención de atender a mujeres gestantes las cuales según examen físico y antecedentes detectados en el control prenatal sean catalogadas como cuidado prenatal de alto riesgo y cuidado prenatal de bajo riesgo. Es importante aclarar que no se debe dejar sin atención médica o por parte de enfermería a la madre independientemente de la categoría en la que estén.

Las atenciones brindadas en el cuidado prenatal son (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018):

1. Mejorar la salud materna
2. Promover el desarrollo del feto
3. Identificar y prevenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación
4. Generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro

Con el fin de poder brindar atención a todas las madres gestantes se debe captar oportunamente a las gestantes, es decir, después de la primera falta del periodo menstrual y antes de la semana 10 de gestación. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)



Es deber de las aseguradoras y prestadores de salud del país garantizar teniendo en cuenta el riesgo identificado en la gestante brindarles atención en la IPS de primer nivel en lo posible más cercana a su lugar de residencia; además de esto la EPS tiene el deber de direccionar a la usuaria lo más rápido posible a la atención para el cuidado prenatal. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

Es responsabilidad del prestador de servicios informar a la Entidad Aseguradora de manera urgente y oportuna cuando haya inasistencia a las consultas de control prenatal, haya ultrasonografías o resultados de laboratorios anormales, hospitalización o consulta en urgencias. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

Las IPS son las responsables de buscar los mecanismos necesarios para que las mujeres en estado de gestación no sean devueltas por políticas de llegadas tarde a consultas prenatales. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

### **10.1 Objetivos de la atención**

- Vigilar a la mujer en estado de gestación de manera detallada, con el fin de identificar y mitigar riesgos.
- Establecer una atención integral para la gestante con sus cuidados en el control prenatal o consultas gineco-obstétricas garantizando el manejo de acuerdo a los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud.



- Ofrecer información necesaria a la mujer gestante a su compañero o cuidadores para garantizar la preparación para la maternidad y paternidad con el fin de fortalecer ese vínculo y prevenir complicaciones pre y post parto.

## 10.2 Talento Humano

La atención a este grupo profesional debe realizarse por parte de profesionales de medicina o enfermería quienes deben contar con un grupo interdisciplinario (nutrición, psicología, trabajo social) Las gestantes que sean menores de esas se recomienda que tengas apoyo con trabajo social y equipo de salud mental durante todo su embarazo. Si la mujer sufre de una enfermedad mental grave, se debe garantizar atención en un servicio especializado. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

Las atenciones por parte de cada profesional dependen de las semanas de gestación y los factores identificados en citas previas. Los controles prenatales deben ser realizados por medicina sin ninguna delegación en las semanas 36, 38 y 40. Sin embargo si durante las otras semanas no mencionadas el profesional de enfermería detecta algún riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación se debe remitir a la consulta por médico. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

## 10.3 Duración mínima recomendada de la consulta

- Si se realiza antes de la semana 10 de gestación debe durar mínimo 30 minutos. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)





- Cuando la usuaria comienza tardíamente los controles prenatales y más si es después de la semana 26 se deben recomendar todos los exámenes previos que las consultas no realizadas incluyendo los de esta consulta; con una duración mínima de 40 minutos. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)
  
- La duración mínima de una consulta de seguimiento debe ser de 20 minutos. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

#### **10.4 Atenciones incluidas**

- Valorar el estado de la salud de la gestante.
  
- Identificar factores protectores y de riesgo biológico y psicosociales.
  
- Brindar información en salud.
  
- Establecer plan integral de cuidado.

#### **10.5 Frecuencia de las consultas**

Si la usuaria es nulípara deben realizarse mínimo 10 consultas de control prenatal, si es multípara mínimo 7; la periodicidad general de los controles prenatales es que sean mensuales hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

Es importante recalcar que si se detectan riesgos o sucede alguna novedad se puede indicar otra consulta según necesidad.



## 10.6 DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN

### 10.7 Primera consulta prenatal

Esta podrá ser realizada por profesional de medicina o enfermería y debe incluir:

Indagar y asesorar sobre la interrupción voluntaria del embarazo según las causales que contempla en gobierno en la sentencia establecida C355 de 2016. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

#### *Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo.*

A partir de esta se debe elaborar un plan de cuidado según lo detectado en las actividades realizadas.

### 10.8 Anamnesis

Se realizará una anamnesis completa en la cual se incluirá antecedentes personales, familiares y la revisión por sistemas del cuerpo. Es recomendable hacer énfasis en:

- a) Antecedentes personales: Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, alérgicos, medicamentos de consumo diario u ocasional, alcoholismo, tabaquismo, trombosis venosa profunda, sustancias psicoactivas, tromboembolismo, trastornos de hipercoagulabilidad, exposición a tóxicos e irradiación y otros, trastornos mentales, signos de alarma y tratamientos recibidos durante la gestación actual,
- b) Antecedentes ginecológicos: Preguntar edad de la menarquia, patrón de periodo menstrual, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos de planificación familiar



utilizados y hasta cuando, antecedentes o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH, historia y tratamientos de infertilidad, tamización de cáncer de cuello uterino.

- c) Antecedentes obstétricos: Número de gestaciones, intervalos intergenésicos, embarazos ectópicos, abortos, placenta previa, molas, ruptura prematura de membranas, abrupcio, oligoamnios, polihidramnios, número de partos y fecha del último, retardo del crecimiento uterino, retención placentaria, si han sido únicos o múltiples, prematuro, a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, infecciones postparto, número de nacidos vivos o muertos, hemorragia obstétrica que haya requerido trasfusión, preeclampsia, eclampsia o síndrome de HELLP, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.
- d) Antecedentes familiares: Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, infecciosas, diabetes, congénitas, trastornos mentales, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, tuberculosis, gestaciones múltiples, neoplasias.
- e) Gestación actual: Edad probable de la gestación, fecha de la último periodo menstrual, altura uterina y ecografía obstétrica, cefaleas persistentes, presencia o ausencia de movimientos fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, epigastralgia o hemorroides, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros; indagar signos y síntomas gastrointestinales asociados a la gestación: náuseas y enosis.



- f) Valoración psicosocial: Debe incluirse la estructura y dinámica familiar, cuáles son las posibles redes de apoyo que pueda tener la gestante, si la gestación fue planeada o si es deseada, identificar situaciones de vulnerabilidad, pobreza, exclusión social, maltrato intrafamiliar. Para esto se debe utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado (*ANEXO 1*), esta escala también debe utilizarse durante los controles prenatales de seguimiento.

Es importante identificar el apoyo familiar o cercano de la mujer, si el compañero hace parte de este proceso o no, si entre estos existe una diferencia amplia de edad (10 años o más), si su familia cercana está enterada y cerca de ella o si es conflictiva, si existe abuso sexual o explotación sexual, si es madre cabeza de familia, que nivel de ingresos tiene, nivel educativo de ella y de su compañero, cercanía al centro de salud, si es una persona desplazada, habitante de calle, reinsertada, privada de la libertad, posee alguna condición étnica (indígena, afrodescendiente, gitanos, raizales), creencias religiosas y culturales, si se en cuenta en estado de discapacidad permanente, experiencias negativas o traumáticas en las gestaciones, partos anteriores, trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), embarazo no deseado. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

Para identificar el riesgo de violencia o depresión post parto están las siguientes preguntas.

EXPOSICIÓN A VIOLENCIAS	DEPRESIÓN POST PARTO
¿Durante el último año usted ha sido...	¿Durante el mes pasado...



<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Humillada, menospreciada, insultada o amenazada por su pareja.</li> <li>○ Golpeada, bofetada, pateada o lastimada físicamente de otra manera.</li> <li>○ Fue obligada a tener relaciones sexuales.</li> </ul> <p>Si la respuesta es asertiva debe redireccionarse a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población en riesgo o víctima de violencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Con frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza.</li> <li>○ Ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas.</li> </ul> <p>Si alguna de las anteriores preguntas tuvo respuesta afirmativa debe indagarse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ¿Siente que necesita ayuda?</li> </ul> <p>En la semana 28 o según el profesional lo considere necesario se deben hacer de nuevo estas preguntas para identificar riesgos de padecer depresión postparto</p>
--	--

### 10.9 Examen físico

**Realizar examen físico completo por sistemas y toma de medidas antropométricas:** Debe realizarse céfalo caudal incluida la cavidad bucal, tomar signos vitales, peso, talla, altura uterina y valorar el estado nutricional (normograma de Atalah



ANEXO 2) según el índice de masa corporal (IMC) y de este modo el profesional puede identificar metas de ganancia de peso de acuerdo al resultado de este último.

IMC <20 kg/m <sup>2</sup>	Ganancia entre 12 a 18 kg
IMC entre 20 y 24,9 kg/m <sup>2</sup>	Ganancia entres 10 a 13 kg
IMC entre 25 y 29,9 kg/m <sup>2</sup>	Ganancia entres 7 a 10 kg
IMC > 30 kg/m <sup>2</sup>	Ganancia entre 6 a 7 kg

(Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

**Valoración ginecológica:** Debe realizarse un examen genital que incluya valoración del cuello, tamaño, posición uterina, corroborar existencia de la gestación, descartar gestación extrauterina e investigar existencia de alguna patología.

**Valoración obstétrica:** Número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

#### 10.10 Solicitud de exámenes de laboratorio (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

- Urocultivo y antibiograma
- Hemograma y hemoclasificación



- Glicemia
- Prueba rápida para VIH (VIH 1- VIH 2)
- Prueba treponémica rápida para sífilis
- Antígeno de superficie para Hepatitis B
- Prueba de IgG e IgM para toxoplasma son positivas tomar prueba de avidéz IgG, si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio debe hacerse con IgA. Si la IgG e IgM toxoplasma son negativas se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar ceroconversión.
- Ecografías entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas + 6 días, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidias, se recomienda que sea tomada por un profesional en ginecología o radiología. Si los estudios son confirmatorios se debe remitir a consulta por gineco-obstetricia.
- Tamizaje de gota gruesa para la malaria en zonas endémicas.
- Hacer tamizajes en zonas endémicas para enfermedad de Chagas. Se realiza prueba de ELISA (antígenos totales/crudos) en suero con sensibilidad recomendada  $\geq 98\%$  para tamizajes en gestantes que hayan sido residentes (nacidas o procedentes) en áreas endémicas.

### 10.11 Plan de cuidado



- Formulación de micronutrientes: (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

ÁCIDO FÓLICO	CALCIO	HIERRO
Hasta la semana 12 de gestación, 0.4 mg día para reducir riesgo de defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida), si la mujer está en alto riesgo la dosis se modifica a 4 mg al día.	A partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia con una dosis de 1.200mg/día	Se dará este suplemento a todas las mujeres en estado de gestación que estén en el trascurso normal, si la hemoglobina (Hb) es superior a 14 g/dL no requiere de este suplemento de manera rutinaria.

- Vacunación: Se debe realizar según el esquema de vacunación que tenga la gestante consignado con su carnet y según lo que esté vigente en las normas. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO DEL ADULTO (Td)	INFLUENZA ESTACIONAL A partir de la semana 14	TÉTANOS, DIFTERIA, TOS FERINA ACELULAR (Tdap)
--	---	---





Según antecedente vacunal		A partir de la semana 26 de gestación
------------------------------	--	--

➤ Información en salud:

Esta debe ser dirigida a la gestante y su acompañante, se debe informar los derechos y deberes que tiene al ingresar al programa de control prenatal como mujer gestante, promover los factores protectores para el cuidado durante esta etapa como lo son el buen descanso, ejercicio, adecuada alimentación. Se debe orientar sobre signos de alarma por los cuales debe consultar de manera prioritaria o de urgencia (tinnitus, cefalea, hipertensión arterial, pérdida de la visión, disminución o ausencia de movimientos fetales, sangrado genital).

También es importante hacer énfasis en la asistencia al curso de preparación para la maternidad y la paternidad.

- Es importante valorar según el lugar de residencia de la gestante, factores lingüísticos o de accesibilidad la posibilidad de hogares de paso para evitar la desistencia a la consulta de control prenatal.
- Se debe promover la desparasitación antihelmíntica con Albendazol DOSIS UNICA 400 mg vía oral, por una vez en el embarazo, a mujeres que vivan en lugares sin acueducto, sin alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)



## 11 CONTROL PRENATAL DE SEGUIMIENTO

El seguimiento del control prenatal puede ser realizado por profesional de medicina o enfermería si la gestante no posee ningún riesgo, el seguimiento incluye:

- Valoración integral del estado de salud de la mujer en estado de gestación
- Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud.
- Detección temprana de posibles alteraciones durante el embarazo
- Información en salud
- Establecer el plan del parto

### 11.1 Valoración integral del estado de salud de la mujer en estado de gestación

En esta consulta se pretende seguir con el proceso de identificación de riesgos en el entorno del embarazo y de la mujer gestante tales como riesgos de violencia o biopsicosociales o riesgos en la salud como aumento de la presión arterial, tinitus, pérdida de la visión, evaluar movimientos fetales según semanas, evaluar sangrados por vía vaginal, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral o pérdida o dificultad para conciliar el sueño.

### 11.2 Examen físico

Este debe ser lo más completo posible para poder lograr identificar si la gestante o su bebé está en riesgo de algo, siempre de manera cefalo caudal tratando de no omitir ningún sistema. Se evalúa (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018):



<p><b>Tensión arterial para identificar criterios de preeclamsia:</b> Si es mayor o igual a 140/90 en dos ocasiones con un intervalo de 4 horas después de la semana 20 de gestación.</p> <p>Si es mayor o igual a 160/110 en una sola toma, se debe de remitir al servicio hospitalario para descartar daño en órgano blanco.</p>	<p><b>Altura Uterina:</b> Se mide con una cinta métrica desde el hueso de la sínfisis del pubis hasta donde pueda palpase el fondo uterino.</p>
	<p><b>Frecuencia cardiaca fetal:</b> lo ideal es que esté entre 140 a 160 latidos por minuto.</p>
<p><b>Curvas de ganancia de peso:</b> a partir de la semana 28 lo más ideal es que la gestante tenga consulta con nutricionista.</p>	<p><b>Situación y presentación fetal</b> a partir de la semana 36, se realiza con la Maniobras de Leopold (<i>ANEXO 3</i>)</p>

(Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

### 11.3 Solicitud de exámenes de laboratorio (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

- Urocultivo de seguimiento en gestantes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática.
- Prueba de IgM para toxoplasma (se debe tamizar cada mes a las gestantes que sean seronegativas)



- Prueba de IgA para toxoplasmosis en mujeres con IgG e IgM positiva, si la gestación es mayor a 16 semanas, en caso de ser menor se recomienda realizar prueba de avidéz.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-2). Se realiza en cada trimestre de la gestación y en el momento del parto.
- Prueba treponémica rápida para sífilis en gestantes con prueba inicial negativa. Se realiza en cada trimestre de la gestación.
- En mujeres con sífilis gestacional, realizar prueba no treponémica (VDRL o RPR) reportada en diluciones. Se realiza en cada trimestre de la gestación.
- Ecografía obstétrica cuando la altura uterina sea menor al percentil 10 o mayor al percentil 90.
- Ecografía obstétrica para la detección de anomalías estructurales. Realizar entre la semana 18 y 23+6 días.
- Prueba de tolerancia a la glucosa (PTOG) con 75 gramos de glucosa. Se realiza entre la semana 24 y 28 de gestación.
- Tamización para estreptococo del grupo B con cultivo recto-vaginal, Se realiza a partir de la semana 35 a 37 de gestación.
- En zonas endémicas se debe indicar gota gruesa para malaria mensual.



Todo examen que tenga resultado anormal debe ser reportado a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) con el fin de reorientar el control prenatal según las necesidades de la paciente respectivamente.

Si se detecta que la gestante consume alcohol o sustancias psicoactivas y que después de informar riesgos y desventajas esta sigue en esa conducta debe redireccionarse a la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con trastornos del comportamiento manifiestos por uso y sustancias psicoactivas y alcohol.

#### 11.4 Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

Formulación de micronutrientes	<i>Según está en los ítems anteriores de la primera consulta de control prenatal.</i>
Vacunación	
Desparasitación con Albendazol	<i>Según está en los ítems anteriores de la primera consulta de control prenatal.</i>
Prescripción de ácido acetil salicílico de 75 a 100 mg	A partir de la semana 12 de gestación hasta el momento de parto en mujeres gestantes con criterio de alto riesgo o con dos o más factores de riesgo moderado para preeclamsia.



Suministro de condones	Para prevenir riesgo de ITS, incluido en zonas de riesgo para Zikv.
Asesoría formal anticonceptiva	Se debe incluir en la historia clínica el método elegido para ser iniciado en el postparto antes del alta hospitalaria y debe estar consignado en el carnet perinatal  CLAP (ANEXO 4)
Identificación de pubalgia	Si esta es asociada a la gestación debe remitirse a terapia física.

### 11.5 Información en salud

Esta debe ser dirigida no solo a la gestante sino también a su acompañante, no se deben dejar de lado los temas tratados en la primera consulta de control prenatal y debe hacerse énfasis en temas como:

- Anticoncepción y planificación familiar
- Fomento de la lactancia materna, beneficios tanto para el bebé como para las madres (si la paciente es VIH positivo dar asesoría sobre no lactar y los suplementos alimenticios para el bebé)
- Opciones para el manejo de la gestación prolongada.



### **11.6 Plan del parto**

En el último trimestre se debe realizar un análisis crítico de la evolución de todo el embarazo el cual debe incluir (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018):

- Confirmación de la presentación fetal (maniobras de Leopold)
- Definir el prestador de los servicios de salud para la atención del parto y remitir.
- Contextos rurales y étnicos en los que la gestante prefiera hacer uso de médicos tradicionales o parteras, se debe dar información para la activación del sistema de referencia y transporte comunitario en caso de signos de alarma.
- Información sobre el trabajo de parto, analgesia intraparto y manejo de embarazo prolongado.
- Signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.
- Educar sobre cuidados básicos del recién nacido y cuidados postnatales.

Se recomienda siempre usar los anexos mencionados en estas atenciones con el fin de prestar una atención de calidad y de manera integral.

## **12 CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD**

Orientados a lograr un adecuado curso de la vida, la maternidad y la paternidad se entienden como un acontecimiento elemental, que implica variados sucesos de



transformaciones físicas, emocionales y psicológicas en la mujer embarazada que podrían fomentar o poner en peligro la salud de ella y de su hijo/a próximo a nacer.

El curso de preparación para la maternidad y la paternidad es un suceso organizado que promueve la educación en el que se fomenta de una forma interactiva entre el profesional de salud y la mujer embarazada junto a su compañero, sus hijos y su familia, o con la persona que ella considere como emotivamente más confiable. El propósito es fomentar competencias para el respectivo cuidado de la salud durante la gestación, el momento del parto, el postparto incluyendo el puerperio. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

### **12.1 Objetivos de la atención**

- Fomentar capacidades en las mujeres gestantes, sus parejas y familiares para que todos puedan comprender los cambios físicos, psicológicos, y sociales que pasan en la etapa de la gestación, con el fin de que implementen técnicas de cuidado de la salud y disminuyan el riesgo de morbilidad y mortalidad.
- Desarrollar competencias en las madres y todo su núcleo familiar para que juntos vivan la gestación, el parto y el puerperio de una manera saludable y psicológicamente equilibrado.

### **12.2 Talento humano en salud requerido**

Las actividades que incluye este curso las realizarán un equipo multidisciplinar en el cual el profesional de Enfermería se posicione como líder, además se necesitara profesionales de nutrición, terapia física, psicología, medicina general y especialista como ginecólogo y pediatra. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)





### 12.3 Frecuencia y duración

Constará de 7 sesiones cada una con una duración de entre los 60 y los 90 minutos, así:

- En el primer trimestre antes de la semana catorce: una sesión
- En el segundo trimestre: tres sesiones
- En el tercer trimestre: tres sesiones

Las pautas de atención que se pondrán en marcha deberán permitir que la gestante y acompañante que no asistan a la cita, opten por la opción de retomarla en un nuevo ciclo. La disposición de los contenidos de cada sesión y la periodicidad específica será definida por el prestador primario. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

### 12.4 Indicaciones para la realización del curso

Este se realizará en sesiones grupales, con el fin de implementar el dialogo como herramienta base, se compartirán conocimientos, capacidades, hábitos y apreciaciones sobre para lo que ellos representa ser madre y ser padre, así mismo el fin de este será implementar nuevas competencias, costumbres y valores que funcionen como compromisos adquiridos para promover la salud de calidad y prevenir las enfermedades de la madre y su hijo/a.

La intencionalidad del curso de preparación para la maternidad y la paternidad es el progreso de las siguientes competencias (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)



<b>Resultados esperados en salud</b>	<b>Competencias a desarrollar con las mujeres gestantes</b>	<b>Competencias a desarrollar con los padres, familiares, cuidadores o acompañantes</b>	<b>Contenidos propuestos</b>
<p><b>Incluir las prácticas para promover la salud de calidad y prevenir las enfermedades durante etapa prenatal, parto y puerperio en toda mujer gestante, pareja, familia o red de apoyo.</b></p>	<p>Con el fin de que la mujer opte por las prácticas de cuidado para la salud, se dará a conocer y se pretenderá que comprenda los cambios físicos, emocionales y psicológicos presentes durante esta etapa.</p>	<p>Todo el núcleo que acompañe la gestante es participe y comprende los cambios que tendrá durante la evolución de su embarazo, para permitir que estos conocimientos aporten en su cuidado.</p>	<p>Soluciones para hacer de frente a la ansiedad y mejorar la salud de madre e hijo/a.</p> <p>Sensaciones acerca de su apariencia física y el aumento de peso.</p> <p>Disponibilidad del sistema de apoyo en caso de que la gestante manifieste problemas interpersonales.</p> <p>Vínculos familiares, profesionales durante la gestación y habilidad para afrontar los problemas.</p>



	<p>Entienden y comprenden cuáles son los derechos a los que tiene acceso en el servicio de salud tanto para ella como para su recién nacido.</p>		<p>Lo se busca es que la mujer conozca cómo puede mejorar la accesibilidad a los servicios, cuando su acceso a ellos sea difícil por su vivienda y disponibilidad de recursos, además cuando presenten barreras culturales y de lenguaje.</p> <p>Oportuna asistencia a los controles prenatales y controles del recién nacido.</p>
	<p>Existen variados ejercicios físicos y de relajación que la gestante aprenderá y practicará en el transcurso de su embarazo, estos con el propósito de prepararlas para el momento del parto.</p>		<p>Sanidad postural:</p> <p>Actividades que fortalezcan el piso pélvico</p> <p>Actividades para un pujo adecuado</p> <p>contracciones y sus posiciones (mecedora, silla, vaquero y gateo en la pared)</p> <p>Consejos para la respiración en el momento del parto</p> <p><b>Ejercicios:</b></p> <p><b>1.</b> En colchoneta: de estiramiento cervical, hombro y cintura escapular</p> <p><b>2.</b> Dinámicos: de cuello y miembros superiores</p>



			<p>3. Isquiotibiales, espinales bajos, abductores, dorso-lumbares</p> <p>4. En posición bípeda con apoyo en la pared, de gemelos y cuádriceps.</p>
<p><b>Se busca que tanto la gestante como el núcleo que la rodea contemplen de manera oportuna los signos de alarma.</b></p>	<p>Reconoce los signos de alarma con el fin de evitar complicaciones y manejar los riesgos.</p>	<p>Es la compañía de la gestante en todo momento, la apoyan y la escuchan en caso de presentarse un signo de alarma.</p>	<p>Para un adecuado manejo se deben tener claro los signos y síntomas que llevan a riesgos durante la gestación.</p> <p>Reconocer los signos de depresión post parto, así como un oportuno manejo.</p> <p>Aclara las rutas de atención y los servicios disponibles para asistir cuando se presenten estas alertas.</p> <p>El vínculo entre la gestante y su compañía es muy importante, es importante que sea de una manera amorosa.</p>
<p><b>Instaurar buenas relaciones entre madres, padres y familiares con el propósito de crear vínculos de</b></p>	<p>Contemplar las exigencias que tienen los menores en todas las etapas de su desarrollo, se implementan prácticas</p>	<p>Ambos reconocen, tales necesidades es por este motivo que implementan hábitos que</p>	<p>Lactancia materna de manera exclusiva, fomentando la cálida unión madre- hijo/a, así mismo la apropiada postura (soportes, cojín, etc.)</p>



<p><b>cariño y afecto con los niños/as.</b></p>	<p>que ayuden en su cuidado.</p>	<p>favorezcan su diario vivir.</p>	<p>Puericultura, cuidando al recién nacido</p> <p>Necesidades socio afectivas en la gestante, en el recién nacido se indaga necesidades cognitivas y comunicativas.</p>
	<p>Reconocen los cuidados fundamentales para él bebe, además logran implementarlos en su vida de una forma que mejoran en bienestar familiar.</p>		<p>Hábitos, capacidades y herramientas de cuidado cotidianos del recién nacido (Alimentación, Higiene, prevención de accidentes en el hogar, etc.).</p>
	<p>En conjunto comprender a que derechos sexuales, reproductivos y en salud tienen alcance la gestante y el recién nacido, así mismo reconocer las metas a lograr mediante la crianza.</p>		<p>Decisiones en futuros embarazos.</p> <p>Asesoría de anticoncepción.</p> <p>Salud, juego, Autoestima, autonomía, solidaridad, movimiento, resiliencia.</p>

(Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)



Es importante hacer cambios en las actividades propuestas, realizar diversas sesiones de actividades físicas con las ideas que les ayuden a entender los cambios en la gestación y los riesgos que esta conlleva. Se fomentarán ejercicios en los que se trabaje la relación de la mujer consigo misma, con su pareja, la familia y el ambiente que la rodea (temores, sentimientos de ira, sentimientos de desesperanza, etc.) (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

## 13 ATENCIÓN EN EL PUERPERIO

### 13.1 Objetivos de la atención

- Proporcionar una atención segura en el puerperio, con el ánimo de prever, descubrir y controlar el riesgo fundamental en el momento del parto (hemorragia posparto, retención de restos e infección puerperal)
- Ofrecer Informe y orientación en la planificación familiar de elegibilidad, en base con la opinión médica y a enfoque de derechos.

### 13.2 Talento Humano

El requerimiento de personal para la atención del puerperio consta de: profesional en medicina o enfermería que acredite formación específica en atención de partos en pregrado, postgrado o formación continua. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)



### 13.3 ATENCIONES INCLUIDAS

#### 13.3.1 Puerperio inmediato

Esta etapa abarca las dos primeras horas después del parto, ya que durante este se reportan la mayoría de las hemorragias, por lo cual es de importancia controlar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: (Colombia, 2018)

- Signos vitales maternos.
- Globo de seguridad.
- Sangrado genital.
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

Al no encontrar alteraciones en la madre esta deberá ser trasladada al lugar de cuidado y allí se le indicará y apoyará sobre signos de alarma, la vacunación, consulta de puerperio, lactancia materna a libre demanda y cuidado del recién nacido. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

En caso de presentarse hemorragia se evaluará la capacidad de responder ante de la institución ante la emergencia obstétrica presente, evaluando el traslado a un nivel de mayor complejidad con la posible identificación de la causa, estabilización hemodinámica e inicio de tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)



### 13.3.2 Puerperio mediato

Esta etapa abarca las dos primeras horas después del parto y hasta las 48 horas siguientes, las acciones que deberán incluirse durante este período, además de las actuaciones descritas en el puerperio inmediato: (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

- Monitoreo y vigilancia la involución uterina y la aparición de los loquios
- Descubrir prontamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la aparición de taquicardia, fiebre, taquipnea, sub-involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Nutrición adecuada a la madre.
- Por último, se anexa la consulta ambulatoria post parto que se dará entre el 3 y el 5 día post parto.

### 13.4 Descripción

Cuando la gestante tiene un parto vaginal el alta hospitalaria debe darse a las 24 horas, cuando por el contrario es parto por cesárea el alta se dará en 48 horas. Se adopta la escala de alerta temprana (Maternal Early Obstetric Warning Score). (ANEXO 5)

Es de vital importancia monitorizar los signos vitales de manera regular durante las 2 primeras horas cada 15 minutos (presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, perfusión tisular y estado de conciencia), además se debe valorar atonía uterina o presencia





de sangrado, hemorragia, distensión de la vejiga y disnea. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

Para seguir con el control se deberá monitorizar el inicio de una de fiebre en el posparto que es descrita como una temperatura corporal mayor a los 38° C a excepción de las 24 primeras horas tras el parto. En caso de que inicie la fiebre lo que se deberá hacer a continuación es una búsqueda acerca de la posible aplicación de misoprostol en caso de que el informe arroje resultados negativos, el paso a seguir será una exploración para la determinación del foco de una posible infección del tracto urinario, de la herida quirúrgica, mastitis, endometritis, tromboflebitis pélvica séptica, una reacción adversa a un fármaco o complicaciones derivadas de la episiotomía. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

Seguidamente se realiza el tamizaje para detectar depresión post-parto, con las siguientes preguntas en cada consulta después del parto

- “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”
- “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?”

Quienes hayan respondido que sí, deberán ser remitidas al personal de psicología y psiquiatría para conocer un diagnóstico y tratamiento oportuno, además se deberá realizar un seguimiento por el personal de salud mental inmediatamente después de dar el alta en



aquellas pacientes cuyo puntaje sea mayor a 12 en la escala de Depresión posnatal de Edinburgh EPDS. (ANEXO 6) (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

Cuando ya se tiene claro el alta hospitalaria para la madre y su recién nacido, se tenga en cuenta los siguientes aspectos:

- Madre completamente inmunizada, si no se le aplico el toxoide tetánico este será el momento ideal.
- Madre con Rh- e hijo con Rh + deberá salir con la inmunoglobulina anti-D las primeras 72 horas previas al evento obstétrico.
- El dolor de la involución uterina cede paulatinamente al fin de la primera semana tras el parto, para la mejoría de los síntomas administrar AINES como el ibuprofeno 400mg o acetaminofén en dosis que no sobrepasen los 4.000 mg día
- En todos los aspectos relacionados con la dificultad miccional, se le indicara a la madre que es habitual cuando no orina las primeras 6 horas posparto, se recomienda baños de agua caliente y estas relajada en el momento de intentar la micción

Es de gran importancia que la madre conozca los signos de Alarma por los cuales debe consultar en cualquier momento.



<p><b>Signos de alarma para consulta en el puerperio</b> (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La aparición de loquios con mal olor y sangrados abundantes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinnitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastralgia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado genital abundante.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor en hipogastrio, vómito, diarrea.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor o hinchazón en las piernas, especialmente después de levantarse</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de ánimo que afecte la relación con su hijo y las otras personas.</li> </ul>

Es de vital importancia conocer que cada ser humano pasa por diferentes etapas en su vida, distintas emociones, condiciones sociales y económicas, sus necesidades varían a



diario, lo que lleva al personal de salud a brindar una atención personalizada. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

Esto incluye:

<b>Valorar la intención reproductiva</b>	<b>Suministro de anticonceptivos, antes del alta hospitalaria si bajo decisión informada se ha optado por ello</b>
<p>Explicar adecuadamente los métodos anticonceptivos dando inicio a los más efectivos y recomendados, sin omitir ningún método. (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de Anticonceptivos).</p>	<p>Inserción de DIU 48 horas posparto según elección de la mujer y criterios de elegibilidad. Realizar procedimiento de acuerdo con el protocolo.</p>
	<p>Administración de implante subdérmico de progestina</p>
	<p>Administración de inyección de Acetato de Medroxiprogesterona</p>
	<p>Entrega de método hormonal oral de solo Progestina, con indicaciones de uso e inicio de tratamiento.</p>
	<p>Entrega de condones, según necesidades de la mujer.</p>
	<p>Realización de procedimiento de oclusión tubárica bilateral.</p>



Es importante no olvidar agendar la cita de seguimiento del posparto como parte de las actividades en el ámbito intrahospitalario, la cual se hará en el día tres o quinto después del parto. Esta consulta se deberá enfocar especialmente en:

- Buscar en la paciente signos relacionados con el estado de ánimo, la tranquilidad emocional, si el cuidado de su bebe está dándose de manera oportuna y si el vínculo madre e hijo/a esta fortalecido por la lactancia materna.
- Indagar y comunicar a la paciente sobre su futura sexualidad después del parto, el deseo de nuevos embarazos y siempre hacer énfasis en el periodo intergenésico no menor a 18 meses.
- Consultar la calidad de sueño de la madre, si este patrón se encuentra alterado indagar posibles causas, haciendo participe la familia buscando una solución basada en la ayuda además de recomendar el oportuno cuidado al recién nacido y toda la red que lo apoya.
- Examinar las cicatrices de cesárea o episiotomía, buscando posibles signos de infección y brindar un tratamiento adecuado.
- Prevención y manejo de enfermedades crónicas
- Tomar e interpretar Tensión arterial y buscar signos de anemia.



- Buscar e informar sobre signos de alarma para consultar por el servicio de urgencias, especialmente para hemorragia posparto, infección, Preeclampsia, eclampsia y tromboembolismo.

## **14 ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

Al embarazo se le atribuye procesos de vulnerabilidad nutricional que alcanzan a ser muy relevantes en el transcurso de esta etapa puesto que el feto se alimenta únicamente de su madre, es por esto que la mujer necesita de una alimentación equilibrada que le aporte todos los nutrientes necesarios, con el fin de que dichos alimentos favorezcan el crecimiento y desarrollo del niño/a, una madre con energías suficientes para el transcurso del embarazo y una excelente calidad de leche materna que supla las necesidades del recién nacido.

### **14.1 Objetivos de la atención**

- Enseñar a la gestante una alimentación y nutrición adecuada, encaminada a suplir las necesidades suyas y de su hijo.

### **14.2 Talento Humano**

Se contará con la presencia de un profesional en nutrición y dietética. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

### **14.3 Duración**

30 minutos es la duración mínima recomendada. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)



#### 14.4 Descripción de la atención

Cuando se realiza la consulta de cuidado prenatal, se recomienda que al inicio se haga la atención por nutrición al menos una vez.

Si se evidencia alterada la alimentación y nutrición los controles se harán de acuerdo a los diagnósticos médicos y la evolución de la paciente.

#### 14.5 Atenciones incluidas

14.5.1 Anamnesis	14.5.2 Valoración de estado nutricional	14.5.3 Análisis y plan de cuidados
<p>Inicialmente se contempla estado general de la paciente y todos los aspectos importantes de su identidad (Cedula de ciudadanía, edad, dirección, procedencia, etnia, teléfono y correo electrónico). Seguidamente se indaga por el patrón alimentario, con cuanta frecuencia consume los alimentos necesarios y si tiene algún trastorno en el hábito de la alimentación.</p>	<p>Importante indagar: paridad, edad gestacional, peso, revisión de pruebas de laboratorio si tiene algún diagnóstico médico como diabetes, bajo peso, hipoglicemia.</p> <p>Es vital que la gestante consuma los suplementos necesarios es por ellos que se indaga por la ingesta de ácido fólico, hierro y calcio.</p>	<p>Se define con el diagnóstico dado a la gestante, así mismo se define el plan de cuidados de acuerdo a sus necesidades.</p>



<p>Si en la primera consulta se evidencia que la gestante desconoce su peso pregestacional se utilizara como referencia el Índice de masa corporal, a partir de este momento se inicia la conversación y se pregunta posible ganancia de peso y darle un valor adecuado y estimado para su edad gestacional.</p>	<p>Es oportuno realizar una clasificación de un mismo mecanismo de interpretación para la valoración de la nutrición en la mujer. De esta manera las mediciones permiten determinar la ganancia de peso de la gestante. (Colombia, 2018) Siguiendo en patrón de Atalah basado en el incremento de peso medido mediante el IMC ajustado para la edad gestacional entre la 6 y la 40 semana en mujeres adultas. (Anexo 2)</p>	<p>Orientación oportuna sobre estilos de vida saludable, actividad física recurrente. Sueño y descanso y lactancia materna oportuna y eficaz.</p>
	<p>Se recomienda toma y registro de peso y talla, calculo, interpretación y clasificación del IMC según edad gestacional. (Anexo 2)</p>	<p>En caso de encontrar: Bajo peso en la madre se realizará un plan dietario encaminado a la ganancia de peso a fin de que la gestante obtenga una gestación con éxito. Sobrepeso u obesidad no se restringe lo energético, pero se contemplará para ella un plan dietario específico que</p>





		<p>le inculquen los mejores hábitos alimenticios para su embarazo.</p>
--	--	--

**Recomendaciones** (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)

- Diseñe y comparta con la paciente un menú modelo que responda a su condición, considerando las condiciones individuales definidas
- Socialice sobre las porciones necesarias durante el día, frecuencia, texturas, temperaturas.
- Eduque acerca del consumo de los suplementos de hierro, ácido fólico y calcio, así como los alimentos fuente de estos micronutrientes y de fibra.
- Oriente a la mujer para la lactancia materna: beneficios, técnicas de lactancia materna, dificultades, así como el uso de las salas de extracción de leche materna.
- Si la mujer presentara problemas con la alimentación en base a su acceso, guíela hacia programas sociales de complementación alimentaria y hacer seguimiento.
- En caso de identificar factores de riesgo emocional y/o psico-sociales, genere interconsulta a psicología y/o trabajo social.



- En caso de identificar factores de riesgo para la salud del binomio, emita interconsulta al profesional correspondiente.

## 15 ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

Las citas odontológicas para mujeres en estado de gestación deben ser dos, en el primer y segundo trimestre con el fin de mitigar alguna afección. En aquellas que se logre identificar alguna necesidad que necesite solución se debe derivar a la Ruta para la Atención de las Alteraciones en Salud Bucal (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018).

### 15.1 Objetivos de la atención

Valorar las estructuras dentomaxilofaciales, los factores de riesgo y protectores de la paciente. (Colombia, 2018)

### 15.2 Talento humano

Las actividades en cuanto a salud bucal deben ser realizadas por profesional en odontología en equipo con su auxiliar de Salud Oral.

### 15.3 Duración mínima recomendada de la consulta

Cada consulta debe durar como mínimo 30 minutos, es recomendable que la cita odontológica y de salud bucal sea el mismo día con el fin de evitar pérdidas de las gestantes.

### 15.4 Descripción de la atención

A las mujeres adolescentes en estado de gestación aplicarles flúor tópico no representa ninguna contraindicación por lo que debe hacerse con una periodicidad de 6 meses



con el fin de remineralizar las superficies y producir mayor resistencia a la caries dental, lo que puede ser una comorbilidad. (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2018)



16 ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL PRENATAL DE HERRERA Y

HURTADO

ANEXO No. 1 ESCALA DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL PRENATAL

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_  
 Fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_  
 FPP \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_  
 Nivel socioeconómico \_\_\_\_\_ Nivel Educativo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES Y/O FAMILIARES

Diabetes  TBC  HTA  Gemelar  Otro  Cual \_\_\_\_\_  
 Peso Anterior \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

I. HISTORIA REPRODUCTIVA			II. CONDICIONES ASOCIADAS			III. EMBARAZO ACTUAL		
Edad	< 16	= 1 <input type="checkbox"/>	QX Ginecológica previa/Ectópico	= 1 <input type="checkbox"/>	Hemorragia <20ss	= 1 <input type="checkbox"/>		
	16-35	= 0 <input type="checkbox"/>	Enf. Renal Crónica	= 1 <input type="checkbox"/>	Vaginal >20ss	= 3 <input type="checkbox"/>		
	>35	= 2 <input type="checkbox"/>	Diabetes Gestacional	= 2 <input type="checkbox"/>	E. Prolongado (42s)	= 1 <input type="checkbox"/>		
Paridad			Diabetes Mellitus	= 1 <input type="checkbox"/>	HTA	= 2 <input type="checkbox"/>		
	0	= 1 <input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardíaca	= 3 <input type="checkbox"/>	RPM	= 2 <input type="checkbox"/>		
	1-4	= 0 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Infecciosas		Polidraminios	= 2 <input type="checkbox"/>		
	>5	= 2 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Autoinmunes	= 3 <input type="checkbox"/>	RCIU	= 3 <input type="checkbox"/>		
			Anemia (Hb <10g/L)	= 1 <input type="checkbox"/>	Embarazo Múltiple	= 3 <input type="checkbox"/>		
Aborto habitual/infertilidad		= 1 <input type="checkbox"/>			Mala Presentación	= 3 <input type="checkbox"/>		
Retención Placentaria		= 1 <input type="checkbox"/>			Isoinm RH	= 3 <input type="checkbox"/>		
Peso bebé > 4000 gr		= 1 <input type="checkbox"/>						
Peso bebe < 2500 gr		= 1 <input type="checkbox"/>						
HTA inducida por embarazo		= 1 <input type="checkbox"/>						
Embarazo gemelar/cesárea previa		= 1 <input type="checkbox"/>						
Mortinato/Muerte Neonatal		= 1 <input type="checkbox"/>						
TP Prolongato/ Parto difícil		= 1 <input type="checkbox"/>						
			SUBTOTAL (I Y II)		SUBTOTAL (III)			
			14-27	28-32	33-40	14-27	28-32	33-40

Bajo riesgo  Alto riesgo



**IV. RIESGO PSICOSOCIAL**

Tensión emocional	Uanto fácil, tensión muscular, sobresalto, temblor, no poder quedarse quieta	Ausente	Intenso	2 o más ítems intensos=1
Humor depresivo	Insomnio, falta de interés, disfruta pasatiempo, depresión, mal genio	Ausente	Intenso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sint. Neurovegetativos	Transpiración manos, boca seca, accesos de rubor, palidez, cefalea de tensión	Ausente	Intenso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SOPORTE FAMILIAR		el tiempo	Casi siempre	A veces
Satisfecha con la forma con la que usted comparte con su familia y/o compañero		el espacio	Casi siempre	A veces
		el dinero	Casi siempre	A veces
			Nunca	Nunca
			Nunca	Nunca
RIESGO BIOPSICOSOCIAL The American Academy of Family Physicians, Kansas, Missouri, USA, 1992. Autores Herrera J.A et al. Universidad del Valle Cali, Colombia				
Bajo <3 <input type="checkbox"/>		Bajo <3 <input type="checkbox"/>		Bajo <3 <input type="checkbox"/>
SEMANA 14-27	TOTAL _____	SEMANA 18-32	TOTAL _____	SEMANA 33-40
	Alto >3 <input type="checkbox"/>	Alto >3 <input type="checkbox"/>	Alto >3 <input type="checkbox"/>	TOTAL _____

NOMBRE PROFESIONAL QUE DILIGENCIA \_\_\_\_\_

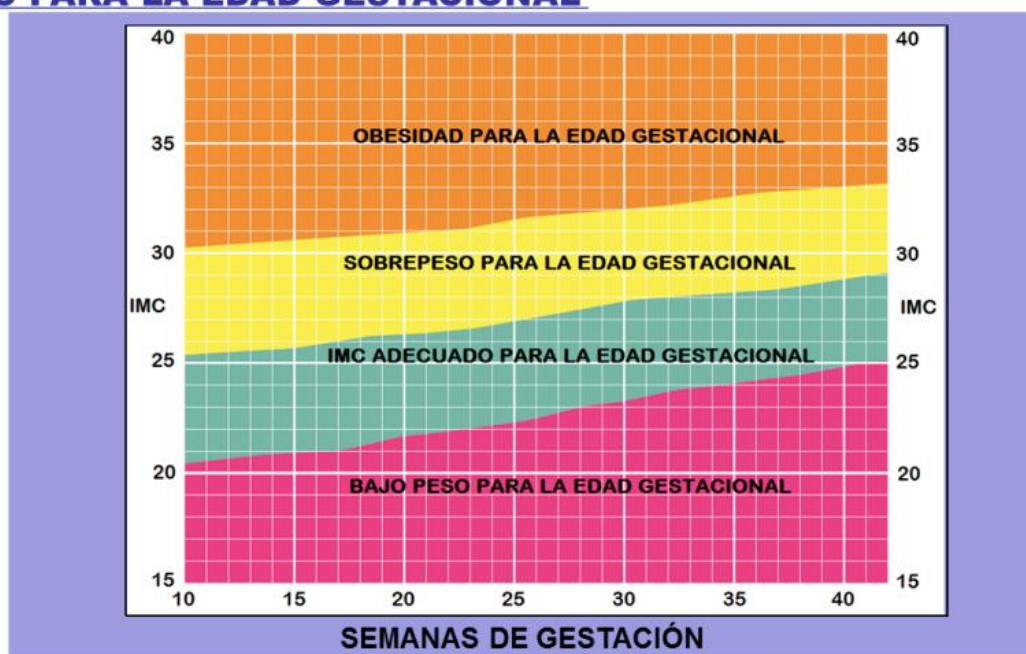
CARGO \_\_\_\_\_

**Fuente:** Herrera J: Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna en Colombia.

<file:///C:/Users/Admin/Downloads/ESCALA%20DE%20RIESGO%20BIOPSICOSOCIAL%20PRENATAL.pdf>

## ANEXO 2. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA E INTERPRETACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LAS GESTANTES SEGÚN IMC POR SEMANAS DE GESTACIÓN

### IMC PARA LA EDAD GESTACIONAL



Fuente: Atalah E, Castillo C, Castro R. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación Nutricional de Embarazada Rev Med Chile 1997;125:1429-36.

Clasificación del IMC pregestacional	Valores de referencia de IMC	Ganancia de peso de g/semana	Ganancia de peso total (Kg)
Bajo peso	< 20,0	400-600g	12-18Kg
Normal	20,0-24,9	330-430g	10-13Kg
Sobrepeso	25-29,9	230-330g	7-10Kg
Obesidad	>=30,0	200-230g	6-7Kg



SEMANAS DE GESTACIÓN	OBESIDAD PARA LA EDAD GESTACIONAL	SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL	IMC ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
6	>30.0	25.0 - 30.0	20.0 - 24.9	<20.0
7	>30.0	25.0 - 30.0	20.1 - 24.9	<20.1
8	>30.1	25.1 - 30.1	20.2 - 25.0	<20.2
9	>30.2	25.2 - 30.2	20.2 - 25.1	<20.2
10	>30.2	25.3 - 30.2	20.3 - 25.2	<20.3
11	>30.3	25.4 - 30.3	20.4 - 25.3	<20.4
12	>30.3	25.5 - 30.3	20.5 - 25.4	<20.5
13	>30.4	25.7 - 30.4	20.7 - 25.6	<20.7
14	>30.5	25.8 - 30.5	20.8 - 25.7	<20.8
15	>30.6	25.9 - 30.6	20.9 - 25.8	<20.9
16	>30.7	26.0 - 30.7	21.1 - 25.9	<21.1
17	>30.8	26.1 - 30.8	21.2 - 26.0	<21.2
18	>30.9	26.2 - 30.9	21.3 - 26.1	<21.3
19	>30.9	26.3 - 30.9	21.5 - 26.2	<21.5
20	>31.0	26.4 - 31.0	21.6 - 26.3	<21.6
21	>31.1	26.5 - 31.1	21.8 - 26.4	<21.8
22	>31.2	26.7 - 31.2	21.9 - 26.6	<21.9
23	>31.3	26.8 - 31.3	22.1 - 26.7	<22.1
24	>31.5	27.0 - 31.5	22.3 - 26.9	<22.3
25	>31.6	27.1 - 31.6	22.5 - 27.0	<22.5
26	>31.7	27.2 - 31.7	22.7 - 27.2	<22.7
27	>31.8	27.4 - 31.8	22.8 - 27.3	<22.8
28	>31.9	27.6 - 31.9	23.0 - 27.5	<23.0
29	>32.0	27.7 - 32.0	23.2 - 27.6	<23.2

30	>32.1	27.9 - 32.1	23.4 - 27.8	<23.4
31	>32.2	28.0 - 32.2	23.5 - 27.9	<23.5
32	>32.3	28.1 - 32.3	23.7 - 28.0	<23.7
33	>32.4	28.2 - 32.4	23.9 - 28.1	<23.9
34	>32.5	28.4 - 32.5	24.0 - 28.3	<24.0
35	>32.6	28.5 - 32.6	24.2 - 28.4	<24.2
36	>32.7	28.6 - 32.7	24.3 - 28.5	<24.3
37	>32.8	28.8 - 32.8	24.5 - 28.7	<24.5
38	>32.9	28.9 - 32.9	24.6 - 28.8	<24.6
39	>33.0	29.0 - 33.0	24.8 - 28.9	<24.8
40	>33.1	29.2 - 33.1	25.0 - 29.1	<25.0
41	>33.2	29.3 - 33.2	25.1 - 29.2	<25.1
42	>33.2	29.3 - 33.2	25.1 - 29.2	<25.1

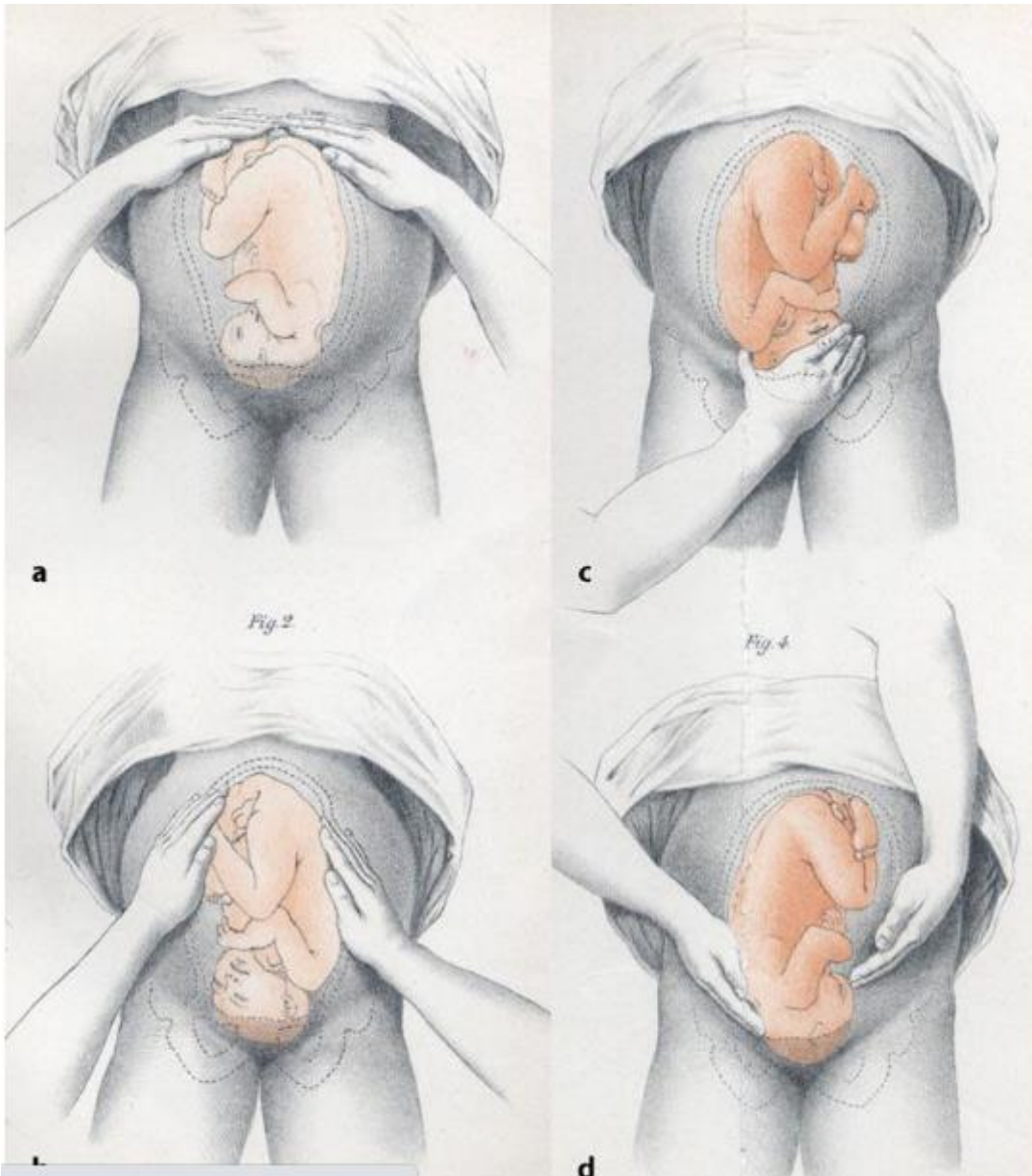


**Fuente:** Normograma de Atalah, 2014, Ministerio de Salud,  
[https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion\\_no\\_2465\\_del\\_14\\_de\\_junio\\_de\\_2016.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no_2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf)

**Fuente:** Resolución 3280 del 2018, “Rutas Integrales para la Atención en Salud”,  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)



### ANEXO 3. MANIOBRAS DE LEOPOLD



Fuente: Camacho, G, 2019, “¿Qué son las maniobras de Leopold?”,

<https://www.bbmundo.com/embarazo/tercer-trimestre/que-son-las-maniobras-de-leopold/>



ANEXO 4. HISTORIA CLINICA PERINATAL (CLAP)

**HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **APELLIDO** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** día mes año

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_ **EDAD (años)**  < de 15  > de 35

**LOCALIDAD** \_\_\_\_\_ **TELEF.** \_\_\_\_\_

**ETNIA** blanca  indígena  mestiza  negra  otra \_\_\_\_\_

**ALFA BETA**  si  no

**ESTUDIOS** casada  unión estable  soltera  otro \_\_\_\_\_

**ESTUDIO CIVIL**  vive sola  no  si  N° de hijos \_\_\_\_\_

**Lugar del control prenatal** \_\_\_\_\_ **Lugar del parto** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

**FAMILIARES** no si  TBC  diabetes  hipertensión  preeclampsia  eclampsia  otra cond. médica grave \_\_\_\_\_

**PERSONALES** no si  genito-urinario  infertilidad  cardiopat.  nefropatía  violencia \_\_\_\_\_

**OBSTETRICOS** gestas previas \_\_\_\_\_ abortos \_\_\_\_\_ vaginales \_\_\_\_\_ nacidos vivos \_\_\_\_\_ viven \_\_\_\_\_

**ULTIMO PREVIO** n/c <2500g normal >4000g no si  Antecedente de gemelares \_\_\_\_\_

**3 espont. consecutivos**  **partos**  **cesáreas**  **nacidos muertos**  **después 1° sem.**  **muerdos**  **EMBARAZO PLANEAADO** no si  **FRACASO METODO ANTICONCEP.** no si  barrera DIU hormo natural emen natural \_\_\_\_\_

**GESTACION ACTUAL** **PESO ANTERIOR** \_\_\_\_\_ **TALLA (cm)** \_\_\_\_\_ **EG CONFiable por FUM** Eco <20s.  1° trim  2° trim  3° trim

**RUMAACT** no si  **RUMAS** no si  **DROGAS** no si  **ALCOHOL** no si  **VIOLENCIA** no si  **ANTIRUBEOLA** no si  **ANTITETANICA** vigente no si  **EX. NORMAL** ODONT. MAMAS \_\_\_\_\_

**CERIMX** insp. visual \_\_\_\_\_ **GRUPO** Rh \_\_\_\_\_ **TOXOPLASMOSIS** <20sem IgG \_\_\_\_\_ **VIH** <20 sem \_\_\_\_\_ **Hb <20 sem** \_\_\_\_\_ **FOLATOS** no si  **Hb >20 sem** \_\_\_\_\_ **SIFILIS** - Diagnóstico y Tratamiento

**COLP** \_\_\_\_\_ **PALUDISMO/MALARIA** \_\_\_\_\_ **BACTERIURIA** \_\_\_\_\_ **GLUCEMIA EN AYUNAS** \_\_\_\_\_ **ESTREPTOCOCCO B** \_\_\_\_\_ **PREPARACION PARA EL PARTO** \_\_\_\_\_ **CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA** \_\_\_\_\_

**CHAGAS** \_\_\_\_\_ **TRABAJOS ANTE NATALES** \_\_\_\_\_ **PARTEO ABORTO** \_\_\_\_\_ **HOSPITALIZ. en EMBARAZO** \_\_\_\_\_ **CORTICOIDES ANTEPARTO** \_\_\_\_\_ **INICIO ESPONTANEO** \_\_\_\_\_ **ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO** \_\_\_\_\_ **EDAD GEST. al parto** \_\_\_\_\_ **PRESENTACION SITUACION** \_\_\_\_\_ **TAMANO FETAL ACORDE** \_\_\_\_\_ **ACOMPANANTE** \_\_\_\_\_

**TRABAJOS ANTEPARTO** \_\_\_\_\_ **FECHA DE INGRESO** \_\_\_\_\_ **CONSULTAS PRE NATALES** \_\_\_\_\_ **CARNÉ** \_\_\_\_\_ **FECHA DE PARTO** \_\_\_\_\_ **TRABAJO DE PARTO** \_\_\_\_\_ **ENFERMEDADES** \_\_\_\_\_ **HEMORRAGIA** \_\_\_\_\_ **INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO** \_\_\_\_\_

**TRABAJO DE PARTO** hora min \_\_\_\_\_ **PA** \_\_\_\_\_ **pulso** \_\_\_\_\_ **contr./10'** \_\_\_\_\_ **dilatación** \_\_\_\_\_ **altura present.** \_\_\_\_\_ **variedad posic.** \_\_\_\_\_ **meconio** \_\_\_\_\_ **FCF/dips** \_\_\_\_\_ **HTA previa** \_\_\_\_\_ **HTA inducida** \_\_\_\_\_ **infec. ovular** \_\_\_\_\_ **infec. urinaria** \_\_\_\_\_ **preeclampsia** \_\_\_\_\_ **eclampsia** \_\_\_\_\_ **cardiopatía** \_\_\_\_\_ **nefropatía** \_\_\_\_\_ **diabetes** \_\_\_\_\_ **infec. preter.** \_\_\_\_\_ **R.C.I.U.** \_\_\_\_\_ **rotura prem. de membranas** \_\_\_\_\_ **anemia** \_\_\_\_\_ **otra cond. grave** \_\_\_\_\_

**NACIMIENTO VIVO** \_\_\_\_\_ **MUERTO** anteparto \_\_\_\_\_ parto \_\_\_\_\_ ignora \_\_\_\_\_ **MULTIPLE** \_\_\_\_\_ **TERMINACION** espont. \_\_\_\_\_ cesárea \_\_\_\_\_ **INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO** \_\_\_\_\_

**POSICION PARTO** sentada \_\_\_\_\_ acostada \_\_\_\_\_ **DESGARROS** Grado (1 a 4) \_\_\_\_\_ **OCITOCICOS** prealumbr. \_\_\_\_\_ postalumbr. \_\_\_\_\_ **PLACENTA** completa \_\_\_\_\_ retenida \_\_\_\_\_ **LIGADURA CORDON PRECOZ** \_\_\_\_\_ **OCITOCICOS en TDP** \_\_\_\_\_ **antibiot.** \_\_\_\_\_ **analgésico** \_\_\_\_\_ **anest. local** \_\_\_\_\_ **anest. región. anal.** \_\_\_\_\_ **anest. genit.** \_\_\_\_\_ **transfusión** \_\_\_\_\_ **otras** \_\_\_\_\_ **INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO** \_\_\_\_\_

**RECIEEN NACIDO** **SEXO** \_\_\_\_\_ **PESO AL NACER** \_\_\_\_\_ **P. CEFALICO** \_\_\_\_\_ **EDAD GESTACIONAL** \_\_\_\_\_ **PESO E.G.** \_\_\_\_\_ **APGAR (min)** \_\_\_\_\_ **REANIMACION** \_\_\_\_\_ **FALLECE en LUGAR de PARTO** \_\_\_\_\_ **ATENDIDO médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro** \_\_\_\_\_

**DEFECTOS CONGENITOS** \_\_\_\_\_ **ENFERMEDADES** \_\_\_\_\_ **TAMIZAJE NEONATAL** \_\_\_\_\_ **REFERIDO** \_\_\_\_\_ **NEONATO** \_\_\_\_\_ **PUERPERIO** \_\_\_\_\_

**EGRESO RN** vivo \_\_\_\_\_ fallece \_\_\_\_\_ trasladado \_\_\_\_\_ **EDAD AL EGRESO** \_\_\_\_\_ **ALIMENTO AL ALTA** \_\_\_\_\_ **EGRESO MATERNO** trasladado \_\_\_\_\_ lugar \_\_\_\_\_ **ANTICONCEPCION** \_\_\_\_\_

**Nombre Recién Nacido** \_\_\_\_\_ **Responsable** \_\_\_\_\_ **Responsable** \_\_\_\_\_



Fuente: Fescina, RH; De Mucio, B;Martinez, G; Rosello, JL, Durán, P; Serruya, S; Mainero,

L; Rubino, M; *“Historia Clínica Perinatal”*,

[https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=218-](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=218-)

[sip-historia-clinica-perinatal-instrucciones-de-llenado-y-definicion-de-](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=218-sip-historia-clinica-perinatal-instrucciones-de-llenado-y-definicion-de-terminos&category_slug=publicaciones&Itemid=219&lang=es)

[terminos&category\\_slug=publicaciones&Itemid=219&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=218-sip-historia-clinica-perinatal-instrucciones-de-llenado-y-definicion-de-terminos&category_slug=publicaciones&Itemid=219&lang=es)

## ANEXO 5. ESCALA DE ALERTA TEMPRANA

Sistema de alerta temprana para desarrollar a la cabecera de la paciente  
Utiliza un código de colores de acuerdo a los signos identificados como de alarma y sus variaciones.  
Los signos Deben ser documentados por el personal de enfermería



Parámetros	3	2	1	0	1	2	3
Presión Arterial Sistólica (PAS) mmHg	< 80	80-89		90-139	140-149	150-159	≥ 160
Presión Arterial Diastólica (PAD) mmHg				< 90	90-99	100-109	≥ 110
Frecuencia respiratoria (FR) minutos	< 10			10-17	18-24	25-29	≥ 30
Frecuencia cardíaca (FC) minutos	< 60			60-110		111-149	≥ 160
%O2 requerido para mantener una saturación > 95%				Aire ambiente	24-39%		≥ 40%
Temperatura °C	< 34.0		34.0- 35.0	35.1-37.9	38.0- 38.9		≥ 39
Estado de consciencia				Alerta			No alerta

Se deberá asignar puntuación a cada categoría y hacer la sumatoria general para definir la respuesta de acuerdo a la siguiente tabla:

Puntuación	Grado de Respuesta
0	OBSERVACIÓN DE RUTINA
Sumatoria de 1 a 3	OBSERVACIÓN - Mínimo cada 4 hs. LLAMADO - Enfermera a cargo
Un parámetro con puntuación 3 o sumatoria ≥ 4	OBSERVACIÓN - mínimo cada hora LLAMADO - Urgente al equipo médico a cargo de la paciente y al personal con las competencias para manejo de la enfermedad aguda
Sumatoria ≥ 6	OBSERVACIÓN - Monitoreo continuo de signos vitales LLAMADO - Emergente al equipo con competencias en cuidado crítico y habilidades para el diagnóstico



**Fuente:** Resolución 3280 del 2018, “Rutas Integrales para la Atención en Salud”,

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)



## ANEXO 6. ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDINBURGH EPDS

Versión validada en español (adaptado de Garcia-Esteve 2003)

**Instrucciones:** Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaria saber cómo se siente ahora. Por favor, **SUBRAYE** la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

En los pasados 7 días:

1. He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas
  - Igual que siempre
  - Ahora, no tanto como siempre
  - Ahora, mucho menos
  - No, nada en absoluto
2. He mirado las cosas con ilusión
  - Igual que siempre
  - Algo menos de lo que es habitual en mí
  - Bastante menos de lo que es habitual en mi
  - Mucho menos que antes
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal
  - Sí, la mayor parte del tiempo
  - Sí, a veces
  - No muy a menudo
  - No, en ningún momento
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo
  - No, en ningún momento
  - Casi nunca
  - Sí, algunas veces
  - Sí con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo
  - Sí, bastante
  - Sí, a veces
  - No, no mucho
  - No, en absoluto
6. Las cosas me han agobiado
  - Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
  - Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
  - No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
  - No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir
  - Sí, la mayor parte del tiempo
  - Sí, a veces
  - No muy a menudo
  - No, en ningún momento
8. Me he sentido triste o desgraciada
  - Sí, la mayor parte del tiempo
  - Sí, bastante a menudo
  - No con mucha frecuencia
  - No, en ningún momento
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
  - Sí, la mayor parte del tiempo
  - Sí, bastante a menudo
  - Sólo en alguna ocasión
  - No, en ningún momento
10. He tenido pensamientos de hacerme daño
  - Sí, bastante a menudo
  - A veces
  - Casi nunca
  - En ningún momento

**Fuente:** Resolución 3280 del 2018, “Rutas Integrales para la Atención en Salud”,

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

## ANEXO 7. TABLA RESUMEN DE LAS ATENCIONES CONSIGNADAS EN ESTE PROTOCOLO

## ATENCIÓN PARA CUIDADO PRENATAL

<b>La Duración Mínima Recomendada del control prenatal</b>	<b>Primera:</b> Si se realiza antes de la semana 10 de gestación deberá durar 30 min. <b>Incluye:</b> Anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio, valoración del riesgo materno y plan de cuidados.		<b>De seguimiento:</b> Deberá durar 20 min. <b>Incluye:</b> Valoración integral, Seguimiento al plan integral, detección de alteraciones, información en salud y plan de parto.				<b>Tardía:</b> Si se realiza después de la semana 10 pero especialmente después de la semana 26 de gestación deberá durar 40 min.		
<b>Gestación</b>		<b>1 – 12 sem</b>	<b>12- 16 sem</b>	<b>20- 24 sem</b>	<b>24- 28 sem</b>	<b>28- 34 sem</b>	<b>34 – 36 sema</b>	<b>36-40 sem</b>	
<b>Talento Humano</b>	Profesional de Enfermería (Pacientes sin factores de riesgo o patologías encontradas).							Profesional de Medicina.	
<b>Frecuencia Controles Nulíparas 10 Multíparas 7</b>	Mensual							Cada 15 días.	
<b>Exámenes Paraclínicos</b>	<b>Hemoglobina y hematocrito</b>	x				x			
	<b>Hemoclasificación</b>	x							
	<b>VDRL</b>	x				x			
	<b>Prueba de VIH</b>				x				
	<b>Prueba de HBs Ag</b>	x		x					
	<b>Urocultivo</b>		x						
	<b>Test de Sullivan</b>				x				
	<b>Ecografía Obstétrica</b>			x					
	<b>Frotis de flujo vaginal</b>		x						
<b>Vacunación</b>	<b>Influenza</b>	Después de la semana 14, en cualquier momento de la gestación.							
	<b>Tdap (tétanos, difteria y tosferina)</b>					Entre la semana 27 y 36 de gestación.			



<b>Micronutrientes</b>	<b>Ácido fólico</b> Requerido los tres primeros meses de embarazo.	<b>Sulfato ferroso</b> Desde el cuarto mes de embarazo hasta el segundo mes postparto 300 mg diarios, si se inician controles después de la semana 32 600mg diarios.	<b>Calcio</b> Desde la semana 20 de embarazo.
<b>Signos de Alarma</b>	<b>Sem 1-12</b> Primer trimestre: -Sangrado vaginal. -Dolor abdominal. -Náuseas y vómitos incontrolables.	<b>Sem 13-26</b> Segundo trimestre: -Sangrado vaginal. -Salida de líquido por canal vaginal. -Cambios en el aspecto del flujo vaginal. -Disuria. -Contracciones uterinas.	<b>Sem 27 hasta fin de embarazo</b> Tercer trimestre: -Ausencia de movimientos fetales por más de 2 horas. -Edema en cuerpo por las mañanas. -Cefalea. - Salida de líquido por canal vaginal. -Sangrado vaginal y dolor abdominal. - Disuria y Cambios en el aspecto del flujo vaginal.

### CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDA Y LA PATERNIDAD

<b>Gestación</b>	<b>Primer trimestre Sem 1-12</b>	<b>Segundo trimestre Sem 13-26</b>	<b>Tercer trimestre Sem 27 hasta fin de embarazo</b>
<b>Talento Humano</b>	Equipo interdisciplinario liderado por profesional de enfermería, y compuesto por psicología, nutrición, terapia física, medicina general y especializada en ginecología y pediatría.		
<b>Duración 60 -90 min</b>	<b>Una sesión</b>	<b>Tres sesiones</b>	<b>Tres sesiones</b>
<b>Contenido</b>	Incluir las prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad durante etapa prenatal, parto y puerperio en toda mujer gestante, pareja, familia o red de apoyo. Se busca que tanto la gestante como el núcleo que la rodea contemplen de manera oportuna los signos de alarma.		





	Instaurar buenas relaciones entre madres, padres y familiares con el propósito de crear vínculos de cariño y afecto con los niños/as.
<b>Recomendación</b>	Se sugiere combinar en una sesión ejercicios físicos, con conceptos que les permitan adaptarse a todos los cambios presentes en la gestación y sus respectivos riesgos, este curso se dará de manera didáctica con actividades para trabajar la relación de la mujer consigo misma, con su compañero y con su familia.

### ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

<b>Gestación</b>	<b>Primer trimestre Sem 1-12</b>	<b>Segundo trimestre Sem 13-26</b>	<b>Tercer trimestre Sem 27 hasta fin de embarazo</b>
<b>Talento Humano</b>	Deberán intervenir un Profesional en Odontología con la participación de Auxiliaren en salud oral.		
<b>Duración 30 min</b>	<b>Una sesión</b>	<b>Tres sesiones</b>	
<b>Recomendación</b>	Como parte de la atención en mujeres gestantes adolescentes debe aplicarse flúor tópico cada 6 meses periódicamente, a fin de mineralizar las superficies y producir mayor resistencia a la caries dental.		

## ATENCIÓN PARA LA PROMOCION DE LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN

Gestación	Primer trimestre Sem 1-12	Segundo trimestre Sem 13-26	Tercer trimestre Sem 27 hasta fin de embarazo
<b>Talento Humano</b>	Profesional de nutrición y dietética.		
<b>Duración 30 min</b>	Cuando se realiza la consulta de cuidado prenatal, se recomienda que al inicio se haga la atención por nutrición al menos una vez. Si se evidencia alterada la alimentación y nutrición los controles se harán de acuerdo a los diagnósticos médicos y la evolución de la paciente.		
<b>Atenciones incluidas</b>	<b>Anamnesis</b>	<b>Valoración del estado Nutricional</b>	<b>Análisis y plan de cuidados</b>
	-Indagar datos generales de la gestante. -Anamnesis Alimentaria. -Revisar frecuencia de consumos por grupos alimentarios.	-Valoración y clasificación del estado nutricional. -Toma y registro de peso y talla. -Cálculo de IMC según edad gestacional.	-Se define con el diagnóstico dado a la gestante, así mismo se define el plan de cuidados de acuerdo a sus necesidades. - Orientación oportuna obre estilos de vida saludable, actividad física recurrente. Sueño y descanso y lactancia materna oportuna y eficaz.
<b>Resultados encontrados</b>	Bajo peso en la gestante: se realizará un plan dietario encaminado a la ganancia de peso a fin de que la gestante obtenga una gestación con éxito.		
	Sobrepeso u obesidad en la gestante: no se restringe lo energético, pero se contemplará para ella un plan dietario específico que le inculquen los mejores hábitos alimenticios para su embarazo.		



## ATENCIÓN AL PUERPERIO

Clasificación	Inmediato	Mediato	
	Primeras 2 horas post parto.	Después de las primeras dos hasta las 48 horas post parto.	
<b>Talento Humano</b>	El requerimiento de personal para la atención del puerperio consta de: profesional en medicina o enfermería que acredite formación específica en atención de partos en pregrado, postgrado o formación continua.		
<b>Indicaciones en el puerperio</b>	<b>Vigilar</b>	<b>Controlar</b>	<b>Evitar separación madre-recién nacido</b>
	-Signos Vitales. -Sangrado, loquios y perdidas vaginales. -Diuresis.	- Dolor. -Actividad y tono uterino. - Deambulación temprana. -Alimentación adecuada de la madre.	-Comenzar lactancia materna guiada. -Masaje uterino.
<b>Alta Hospitalaria</b>	Cuando la gestante tiene un parto vaginal el alta hospitalaria debe darse a las 24 horas.	Se deben cumplir los siguientes criterios: -Tiempo de observación necesario transcurrido. -Signos vitales maternos interpretados. -Diuresis adecuada. -Útero involucionado infraumbilical. -Anticoncepción establecida. - Educación en cuidados al recién nacido y lactancia materna.	
	Cuando la gestante tiene un parto por cesárea el alta se dará en 48 horas.		
<b>Anticoncepción</b>	Describir todos los métodos anticonceptivos comenzando por los más efectivos y recomendados, sin omitir ningún método. (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de Anticonceptivos).		
<b>Cita de control</b>	Se deberá agendar la cita de control del posparto como parte de las actividades en el ámbito intrahospitalario, que deberá realizarse entre el tercer y el quinto día.		



## 17 Bibliografía

*Organización Mundial de la Salud.* (07 de 04 de 1948). Recuperado el 2020 de 05 de 2020, de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

El Mundo. (13 de mayo de 2018). *El Mundo.*

*Ministerio de Protección Social de Colombia.* (02 de 08 de 2018). Recuperado el 25 de 05 de 2020, de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

Colombia, M. d. (02 de Agosto de 2018). *Resolucion 3280 de 2018.* Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

Hernández Betancur, A., & Truisi Vásquez, E. V. (26 de Mayo de 2015). *El cuidado de Enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal.* Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a08.pdf>

*International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.* (s.f.). Recuperado el 28 de 05 de 2020, de <https://www.ifrc.org/es/introduccion/disaster-management/sobre-desastres/que-es-un-desastre/que-es-la-vulnerabilidad/>

Loredó Abdalá, A., & Campuzano, E. V. (s.f.).

Loredó Abdalá, A., Campuzano, E. V., Muñoz Casas, A., González Corona, J., & Gutiérrez Leyva, C. d. (20 de 11 de 2015). *Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada.* Obtenido de Artículo de opinión: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>

Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., & Peñaranda Ospina, C. B. (06 de 2016). *Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado de arte.* Obtenido de Scielo: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000300012&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000300012&script=sci_arttext)

Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., & Peñaranda Ospina, C. B. (06 de 2016). *SciELO.* Recuperado el 30 de 09 de 2019, de SciELO: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000300012&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000300012&script=sci_arttext)



MINSALUD. (2013). *Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente*.

Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ross-embarazo-adolescentes-oniea.pdf>

Monterrosa Castro, A., Ulloque Camaño, L., & Arteta Acosta, C. (03 de Abril de 2017).

*Estrategias para mejorar el nivel de resiliencia en adolescentes embarazadas*.

Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/16422-

Texto%20del%20art%C3%ADculo-92505-1-10-20181101%20(1).pdf

Ponce, M. L., Córdova, R. L., Soto, A. M., Ramos, J. M., & Rocano, L. (2017). Embarazo

no planeado: impacto de los factores socioculturales y emocionales de la

adolescente. *Revista de Investigación Valdizana*, 83-94.

Porto., J. P. (2018). *Definición.de*. Recuperado el 24 de Julio de 2019, de

<https://definicion.de/gestacion/>

Ramos Rodriguez, N. (2013). Sociedad Colombiana de Pediatría.

[https://scp.com.co/editorial/embarazo-en-adolescentes-problema-de-salud-publica-creciente-en-](https://scp.com.co/editorial/embarazo-en-adolescentes-problema-de-salud-publica-creciente-en-colombia/#targetText=Pese%20a%20que%20en%20Colombia,%2C%20Guaviare%2C%20Huila%20y%20Magdalena)

[colombia/#targetText=Pese%20a%20que%20en%20Colombia,%2C%20Guaviare%2C%20Huila%20y%20Magdalena](https://scp.com.co/editorial/embarazo-en-adolescentes-problema-de-salud-publica-creciente-en-colombia/#targetText=Pese%20a%20que%20en%20Colombia,%2C%20Guaviare%2C%20Huila%20y%20Magdalena).

Sanitas. (s.f.). *Sanitas*. Recuperado el 25 de Julio de 2019, de

<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/posparto/sin012072wr.html>